

подхода позволяет снизить осложнения в ближайшем послеоперационном периоде на 5%, в отдаленном — на 13,3%, улучшить физический компонент здоровья на $12,6 \pm 1,2$ и психологический компонент на $16,1 \pm 0,5$ ($P < 0,05$ по сравнению с показателями первой группы).

Сопоставление качества жизни пациентов в первой и второй группах показало, что применение двухэтапного лечения позволяет значительно улучшить все стороны их последующей жизни. С нашей точки зрения, никакое снижение экономических затрат на лечение не может оправдать снижение качества жизни пациентов. Особую опасность радикальное хирургическое лечение на высоте воспалительного процесса представляет для пациентов, которых оперируют в условиях общехирургического отделения. Удаление тромбированных подкожных вен зондами Бебкокка, без предварительного лигирования связанных с ними перфорантных вен, чревато попаданием тромбов в глубокую венозную систему с развитием фатальной тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы. Лечение поверхностного варикотромбофлебита целесообразно выполнять в два этапа: на первом путем применения склерохирургических технологий предупредить распространение тромботического процесса, на втором — произвести радикальную венэктомия.

*Суслов А.П., Бесараб Т.В., Дерябкин И.А.,
Московченко А.Н.*

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ И ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ

*Муниципальное управление
здравоохранения городская больница
скорой медицинской помощи
г. Таганрог, Российская Федерация*

Актуальность. Профилактика тромбоэмболических осложнений (ТЭЛА) у беременных.

Цель. Улучшение результатов лечения варикотромбофлебозов и тромбозов глубоких вен у беременных.

Материал и методы. За 2009-2011 годы обобщен опыт лечения 491 (4,5%) пациентки с острым тромбозом глубоких и поверхностных вен нижних конечностей в разные триместры беременности. За данный период в роддоме г. Таганрога зафиксировано 10774 родоразрешения. Возраст пациенток колебался от 24 до 45 лет. Из них 337 (68,6%) пациенток были с постинъекционными флебитами верхних конечностей. Данной группе пациенток проводилось местное консервативное лечение. 154 (31,3%) пациентки имели варикозную болезнь нижних конечностей от ХВН II - С до ХВН V - С. Всем пациентам выполнялось триплексное сканирование магистральных вен нижних конечностей, качественное определение D - димер фактора. 114 (23,2%) пациенток получали консервативное лечение - низкомолекулярные гепарины (Клексан, Фраксипарин), эластическую компрессию, а так же флебо-

тоники (Вазокет, Флебодия, Детралекс, Венарус) в средних терапевтических дозировках; местно компрессы с 25% магнезией, гепариносодержащие препараты не применялись в виду их тератогенности. При этом выявлено 11 беременных с врожденными тромбофилиями. Остальным 40 (8,1%) пациенткам выполнялось оперативное лечение. При поражении подвздошно-бедренного сегмента из 6 пациенток 2 оперированы в связи с наличием флотирующих тромбов, предпочтение отдавалось не пликациям, а перевязке наружной подвздошной вены (НПВ). При флеботромбозах бедренно-подколенного сегмента из 28 пациенток перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) выполнена 6 пациенткам. При варикотромбофлебите большой подкожной вены (БПВ) пролечено 74, из них оперировано 28 пациенток. Кроссэктомия выполнялась в случае распространения воспалительного процесса выше коленного сустава. Из 46 пациенток с варикотромбофлебитом малой подкожной вены (МПВ), 4 пациенткам выполнялась кроссэктомия последний. Родоразрешение с помощью кесарева сечения проводилось в тех случаях, когда пациентками был перенесен флеботромбоз различной локализации. 30% из оперированных пациенток принимали до беременности оральные гормональные контрацептивы.

Результаты и обсуждение. У беременных с поражениями глубоких вен нижних конечностей при отсутствии флотации (23,2%) было эффективно консервативное лечение, только 8 (1,6%) пациенткам выполнена перевязка магистральных вен. Пациенткам с восходящим варикотромбофлебитом БПВ (5,6%) выполнялась ее перевязка. При поражении МПВ (1%) выполнялась кроссэктомия. После родоразрешения и купирования явлений острого варикотромбофлебита, через 6-8 месяцев, выполнялось плановое оперативное лечение варикозной болезни. Ни одного летального случая не было.

Выводы. Ранняя ультразвуковая диагностика и D-димер тесты у беременных при варикозной болезни позволяют диагностировать асимптомные флеботромбозы. Адекватное медикаментозное лечение, компрессионная терапия, двигательный режим и, по показаниям, оперативное лечение у беременных с острыми флеботромбозами и варикотромбофлебитами позволяет избежать и максимально снизить риск развития тромбоэмболических осложнений.

Прием оральных гормональных контрацептивов повышает риск флеботромбозов.

*Сушков С.А., Дивакова Т.С.,
Небылицин Ю.С., Фомина М.П.*

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ

*Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей осложняет течение беременности и создает угрозу для здоровья женщины и плода, что может вести к росту

материнской и перинатальной смертности. В Республике Беларусь средний удельный вес тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в структуре материнских потерь достигает 16,6%. Лечение данной категории пациенток является непростой задачей — необходимо параллельно решать проблемы лечения ТГВ и ведения беременности. В связи с этим актуальна выработка тактики ведения пациенток с ТГВ при беременности.

Цель. Провести анализ лечения пациенток с ТГВ в системе нижней полой вены при беременности.

Материал и методы. В исследование включены 14 беременных с ТГВ. Иллиофemorальный тромбоз выявлен у 11 пациенток, вен таза — у 1, подколенной вены — у 2. У 3 пациенток ТГВ осложнился ТЭЛА. Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от срока гестации: у 5 беременных тромбоз развился во II триместре, у 9 — в III триместре. У 8 пациенток были выявлены факторы риска: варикозная болезнь нижних конечностей — 4, полостное оперативное вмешательство — 1, поздний гестоз — 1, киста — 1, инфекция желудочно-кишечного тракта — 1, артериальная гипертензия — 1, возраст старше 35 лет — 2, венозные тромбоэмболические осложнения — 2, длительная частичная иммобилизация в результате детского церебрального паралича со спастическим гемипарезом — 1.

Алгоритм ведения беременных: выделение групп риска развития ТГВ, проведение профилактики, диагностика ТГВ при появлении клинических симптомов, мультидисциплинарный комплексный подход к лечению пациенток с ТГВ, решение вопроса о возможности вынашивания беременности, ведение беременности и родоразрешения совместно с акушерками-гинекологами, коагулопатологами, реаниматологами. В I триместре беременность пролонгировалась у пациенток с ТГВ в тех случаях, когда диагноз был подтвержден при УЗИ и ангиография не потребовалась. Во II триместре (12–24 нед.) беременность пролонгировалась. Прерывание беременности во II триместре возможно по медико-генетическим и жизнеугрожающим акушерским показаниям (разрыв матки по рубцу, гестоз). В III триместре беременность у пациенток с ТГВ пролонгировалась за исключением тех случаев, когда имела сопутствующая акушерская патология, при которой требовалось досрочное экстренное родоразрешение (отслойка плаценты, тяжелые формы гестоза).

Результаты и обсуждение. Во II триместре у 1 женщины беременность прервали путем операции малое кесарево сечение по поводу антенатальной гибели плода. В остальных 4-х случаях беременность пролонгировали. При этом лечебная схема включала: антикоагулянты прямого действия и компрессионную терапию.

Согласно клиническому протоколу, при

венозных тромбоэмболических осложнениях, возникших во время беременности, низкомолекулярные гепарины (НМГ) следует использовать на протяжении всей беременности. После первоначального использования стандартных лечебных доз НМГ как минимум на протяжении 10–14 дней необходимо продолжить введение НМГ, уменьшив дозу до 75% от лечебной, или использовать дозу НМГ, несколько большую, чем обычная профилактическая. После родов НМГ можно заменить на антикоагулянты непрямого действия ((в том числе у женщин, кормящих грудью) с целевым международным нормализованным отношением 2,5 (2,0–3,0)) либо ривароксабан при соблюдении условий, обеспечивающих безопасную смену препаратов в процессе лечения. При возникновении ВТЭО во время беременности, антикоагулянты должны использоваться в течение не менее 1,5–3 месяцев после родов, причем общая продолжительность лечения должна составлять как минимум 6 месяцев.

Тактика ведения пациенток с ТГВ, развившемся в III триместре, зависела от характера тромботических масс. При выявлении эмбоопасного флотирующего тромбоза и наличия сопутствующей акушерской патологии (преждевременная отслойка плаценты, тяжелые формы гестоза), выставляли показания к досрочному экстренному родоразрешению и механическим методам профилактики ТЭЛА. Схема консервативного лечения включала: назначение прямых антикоагулянтов, флеботоников и применение эластической компрессии. Все беременные в III триместре были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Введение прямых антикоагулянтов прекращали за 12 ч до родов и возобновляли через 6 ч после них. Обязательными условиями были применение компрессионного трикотажа, ранняя активизация пациентки, контроль анализов через 12 часов (коагулограмма, тест агрегации тромбоцитов, D-димеры, клинический анализ крови, биохимический анализ крови). У одной пациентки родоразрешение протекало с осложнением — ТЭЛА периферических ветвей. В послеродовом периоде всем родильницам применялись: антикоагулянты (до 21 дня с последующим переходом на антиагреганты) и эластическая компрессия нижних конечностей.

Выводы. 1. Все беременные с ТГВ должны госпитализироваться в многопрофильные стационары под наблюдение акушер-гинеколога и хирурга. Тактический подход к лечению пациенток должен носить мультидисциплинарный характер, исходя из характеристик тромбоза и состояния плода. 2. Выработанная тактика ведения пациенток с ТГВ при беременности позволила в 93% случаях избежать серьезных осложнений со стороны сосудистой системы — ТЭЛА и во всех случаях предупредить материнскую и перинатальную смертность.